

Déclaration de sinistre pour l'assurance des véhicules automobiles



Police no

Votre référence

No de sinistre

Chère Cliente, cher Client,

Vous pouvez aussi nous annoncer le sinistre par téléphone. Veuillez prendre contact avec nous au numéro gratuit 0800 80 80 80. Utilisez ce service gratuit dans tous les cas, en particulier lorsque vous voulez faire examiner votre véhicule dans un Help-Point. Nous sommes à votre service 24 heures sur 24.

De l'étranger, vous nous atteignez au numéro de téléphone +41 1 628 98 98.

Nous vous prions de remplir la déclaration de sinistre de la manière suivante:

1. Veuillez cocher les cases correspondant au genre de dommage que vous avez subi (plusieurs réponses possibles).



Dommmages à votre véhicule suite à une collision



Dommmages à votre véhicule suite à un autre événement (p. ex. dommage par forces de la nature, animaux)



Dommmages à des véhicules ou à des choses *de tiers*



Lésions corporelles ou décès de personnes



Vol de votre véhicule ou détérioration à l'occasion d'un vol



Vol ou endommagement d'effets de voyage

2. Veuillez répondre à toutes les questions en fonction des pictogrammes.

3. N'oubliez pas de signer votre déclaration de sinistre avant de l'envoyer – avec d'éventuels documents complémentaires – à votre agence de la Zurich.

Si, dans le texte ci-après, seul le genre masculin est employé pour les dénominations de personnes – dans le but de faciliter la lecture –, celui-ci sous-entend néanmoins toujours les personnes du sexe féminin.

1. Données sur votre personne



Nom/raison de commerce

Prénom

Rue/no/NPA/lieu

Profession

Tél. (la journée)

Tél. privé

Indiquez-nous votre relation de paiement exacte s.v.p.:

Compte postal no

Banque

Succursale

Compte no

Taxe sur la valeur ajoutée: Pouvez-vous récupérer l'impôt préalable (TVA)? oui non

Protection juridique: Etes-vous assuré auprès d'une protection juridique? oui non

Si oui, auprès de quelle compagnie?

Lui avez-vous annoncé ce cas? oui non



2. Données sur votre véhicule

Marque et type

No du châssis ou no matricule

Plaque de contrôle

1^{re} mise en circulation

Km au moment du sinistre

km

3. Données sur le conducteur de votre véhicule

(En cas de vol, indiquez le nom du dernier conducteur avant l'événement.)

3.1 Si vous conduisiez vous-même le véhicule, remplissez seulement le chiffre 3.2

Madame Monsieur

Nom/Prénom

Rue/no

NPA/lieu

Tél. (la journée)

Tél. privé

3.2 A remplir dans tous les cas

Date de naissance

Profession

Nationalité

Permis de conduire valable ou permis d'élève conducteur valable? oui non

Catégorie

Date d'examen

But de la course? privé professionnel chemin du travail

Véhicule utilisé avec votre autorisation?

oui non

Véhicule loué?

oui non

4. Données générales relatives au sinistre



Date

Heure (0-24)

Pays/NPA/lieu

Rue/no

Un procès-verbal a-t-il été établi?
Si oui, par quel poste de police?

oui non

Nom du policier

Téléphone

Y a-t-il des témoins?

oui non

Occupants dans votre véhicule?

Nom/adresse

Nom/adresse

Description de l'événement (à remplir même si la police dresse un procès-verbal):

(Suite sur feuille séparée)

5. En cas de collision, nous avons besoin des indications suivantes:



Etablir un croquis s.v.p.

Véhicules		Conducteur de moto	Cycliste/ Cyclo- motoriste	Piéton
Propre	Autres			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez cocher les réponses qui conviennent (plusieurs réponses possibles):

Lieu de l'accident

- Extérieur de localité Intérieur de localité Route privée
 Route secondaire Route principale Bien-fonds d'une entreprise
 Autoroute/semi-autoroute
 Autre lieu

Etat de la route et visibilité:

- sèche mouillée
 enneigée verglacée
 aurore/crépuscule nuit
 brouillard

A quelle vitesse roulait votre véhicule?

 km/h

Indications sur les fautes

Vous estimez-vous – ou estimez-vous le conducteur de votre véhicule:

- fautif partiellement fautif pas fautif

Tenez-vous une autre personne pour:

- fautive partiellement fautive pas fautive

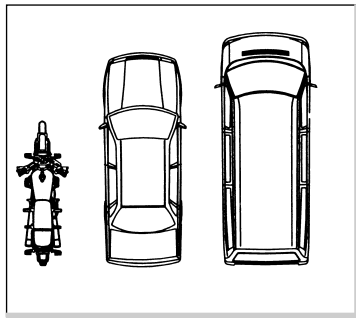
Qui?

Motifs

6. Dommages à votre véhicule



Veuillez indiquer le point de choc initial par une flèche → et marquer l'endroit endommagé.



Quelles parties de votre véhicule sont-elles endommagées?

Montant du dommage en CHF

Estimation selon

Désirez-vous vous présenter à un Help Point Drive-in? oui non

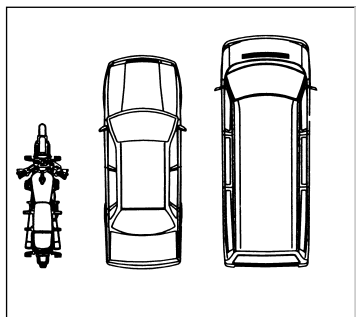
Nom et adresse du réparateur

Téléphone

Date de la réparation

7. Dommages aux véhicules de tiers

Veuillez indiquer le point de choc initial par une flèche → et marquer l'endroit endommagé.



Nom du détenteur

Téléphone (la journée)

Rue/no

NPA/lieu

Nom du conducteur

Rue/no

NPA/lieu

Marque et type

Plaque de contrôle

Montant du dommage en CHF

Estimation selon

Nom et adresse du réparateur

Date de la réparation

Où ce véhicule est-il assuré?

Responsabilité civile

Casco

Casco intégrale oui non

Dommages à d'autres véhicules de tiers?

- oui (s.v.p. mentionner sur une feuille séparée) non

8. Données sur les personnes blessées ou décédées



Première personne blessée ou décédée:

Cycliste/cyclomotoriste Conducteur de moto Occupant de mon véhicule Ceinture utilisée? oui non
 Piéton Passager de moto dans un autre véhicule Place devant derrière

Madame Monsieur

Nom

Prénom

Date de naissance

Etat civil

Profession

Rue/no

NPA/lieu

Téléphone (la journée)

Téléphone privé

Employeur

De quelles lésions corporelles souffre cette personne?

Nom/adresse du médecin traitant/de l'hôpital

Auprès de quelle assurance/caisse maladie cette personne est-elle assurée contre les accidents?

Deuxième personne blessée ou décédée:

Cycliste/cyclomotoriste Conducteur de moto Occupant de mon véhicule Ceinture utilisée? oui non
 Piéton Passager de moto dans un autre véhicule Place devant derrière

Madame Monsieur

Nom

Prénom

Date de naissance

Etat civil

Profession

Rue/no

NPA/lieu

Téléphone (la journée)

Téléphone privé

Employeur

De quelles lésions corporelles souffre cette personne?

Nom/adresse du médecin traitant/de l'hôpital

Auprès de quelle assurance/caisse maladie cette personne est-elle assurée contre les accidents?

Autres personnes blessées ou décédées? oui (s.v.p. mentionner sur une feuille séparée) non

9. Données sur les dégâts causés à d'autres choses (p. ex. signalisation routière, animaux, clôture de jardin, bagages, vêtements, etc.)



Chose endommagée

Montant du dommage en CHF

Estimation selon

Nom du propriétaire

Rue/no

NPA/lieu

Téléphone (la journée)

10. En cas de vol



Votre véhicule est-il en leasing ou financé par un tiers?

oui non

Etat du véhicule?

verrouillé garage au domicile dans un autre lieu fermé ou gardé
 alarme enclenchée autre garage autre lieu non gardé

Des accessoires ou pièces de rechange ont-ils été volés?

oui non

Si oui, lesquels?

En cas de vol de votre véhicule, nous avons besoin des indications complémentaires suivantes:

Quand avez-vous acheté le véhicule?

Prix d'achat en CHF (annexer l'original du contrat de vente)

Neuf Occasion

A qui avez-vous acheté le véhicule?

Nombre de clés livrées avec le véhicule?

Où se trouvaient-elles?

(s.v.p. les annexer)

11. En cas de vol ou d'endommagement d'effets de voyage



Chose

endom-
magée

volée

Date d'achat
(joindre les quittances)

Prix d'achat
en CHF

Montant du
dommage en CHF

Propriétaire

Chose	endom- magée	volée	Date d'achat (joindre les quittances)	Prix d'achat en CHF	Montant du dommage en CHF	Propriétaire
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Existe-t-il une autre assurance (p. ex. inventaire du ménage/bagages)?

oui non

Si oui, laquelle?

Auprès de quelle assurance?

No de police?

12. Remarques



13. Confirmation et procuration



Le/s soussigné/s autorise/nt la «Zurich» Compagnie d'Assurances, dans la mesure nécessaire, à traiter les données issues de la gestion du présent sinistre et à les transmettre aux tiers concernés par ce sinistre en Suisse et à l'étranger, en particulier aux coassureurs et aux réassureurs, pour traitement au sens de la loi sur la protection des données.

Le/s soussigné/s autorise/nt les personnes traitantes du corps médical et leurs auxiliaires à communiquer à la «Zurich» Compagnie d'Assurances ou à son service médical tout renseignement nécessaire en rapport avec le sinistre et la gestion du sinistre et, à cet effet, délègue/nt expressément ces personnes de leur obligation de garder le secret.

La «Zurich» Compagnie d'Assurances est autorisée à demander des renseignements pertinents aux bureaux officiels et à consulter les dossiers officiels.

En cas de recours contre un tiers responsable, la «Zurich» Compagnie d'Assurances est habilitée à transmettre à ce tiers responsable ou à son assureur responsabilité civile les données nécessaires pour faire valoir les prétentions récursoires.

Le/les soussigné/s a/ont le droit de demander des renseignements sur le traitement des données le/les concernant.

La «Zurich» Compagnie d'Assurances s'engage à traiter confidentiellement les informations reçues.

Lieu, date

Signature du conducteur

Signature du preneur d'assurance